In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













SYNDROME CORONAIRE AIGU AVEC SUSDÉCALAGE DU SEGMENT ST

Dr I.Louali

PLAN

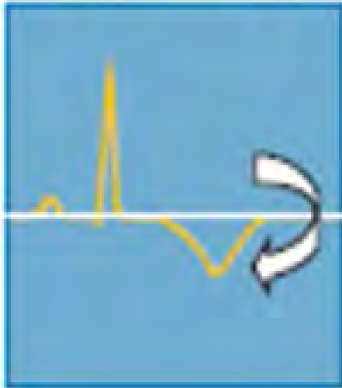
- Introduction - Definition
- Physiopathologie
- Diagnostic
- Prise en charge

INTRODUCTION -DEFINITION

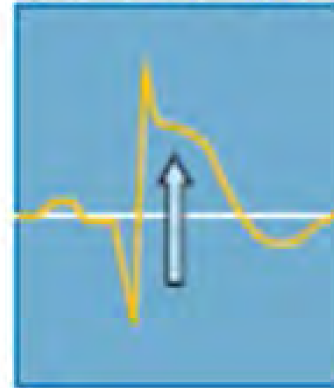
Syndromes coronaires aigus : nosologie

SCA sans élévation du ST

SCA avec élévation persistante du ST

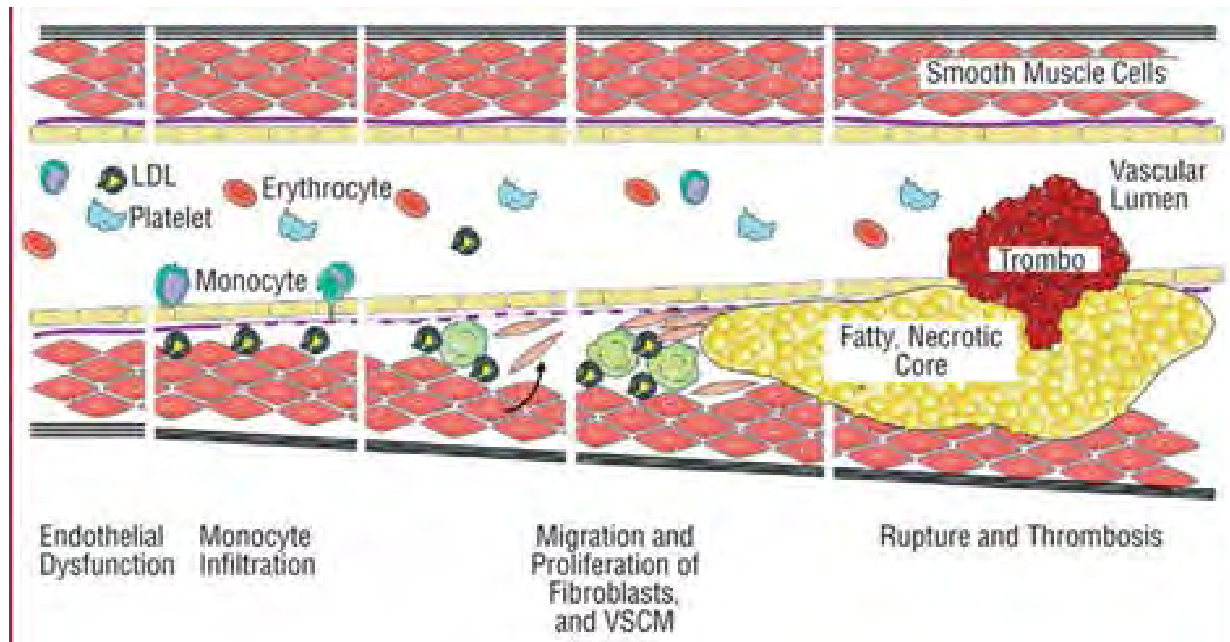






- **Definition** : douleur thoracique prolongée+ susdecalage persistant du ST ou BBG recent

PHYSIOPATHOLOGIE

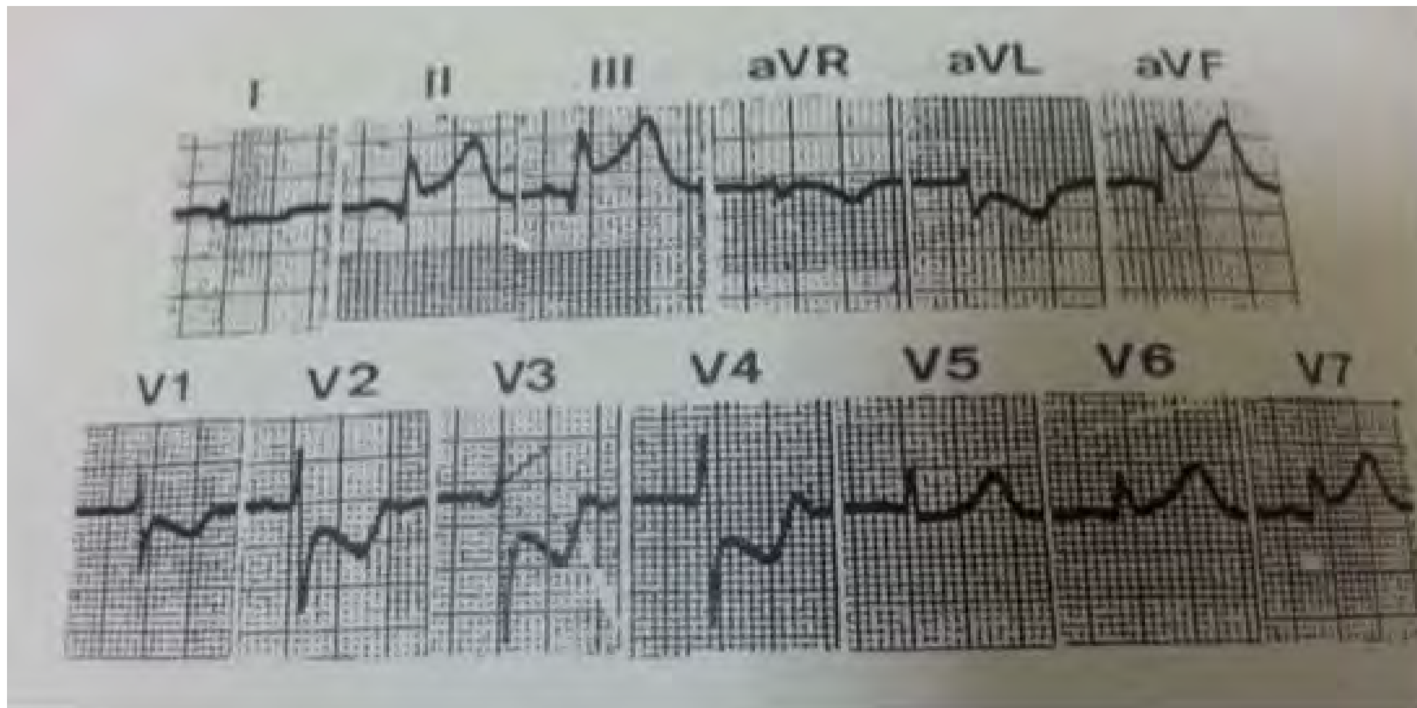


DIAGNOSTIC

- Clinique
- SF **dlr thoracique angineuse+++:** repos,prolongée,trinitrinorésistante
- SP : examen svt nl ,rechercher: IC(KILLIP),instabilitéhemodynamique



ECG



Dérivations ECG présentant les signes directs	Signes ECG associés	Territoire de l'IDM	Artère présumée coupable
V1-V4		Antéroseptal	IVA après 1ère principale diagonale
V3-V4	Microvoltage dans les dérivations standard	Apical	IVA distale
V1-V6, DI, aVL		Antérieur étendu	IVA proximale avant 1ère principale diagonale
DI, aVL		Latéral haut	1ère principale diagonale
DII, DIII, aVF	Sous-décalage du ST V1-V4, DI, aVL	Inférieur ou diaphragmatique ou postéro-inférieur	CD ou CX
V7, V8, V9	Grandes ondes R et Sous-décalage du ST en V1-V3	Basal ou postérieur vrai	Branche retroventriculaire de la CD ou de la CX
V5, V7		Latéral bas	Branche latérale de la CX
V5, V9 + DII, DIII, aVF	Sous-décalage du ST en V1-V3	Inférolatérobasal	CD ou CX dominante
V1-V3+ DII, DIII, aVF		Septal profond	IVA distale contournant la pointe ou IVP contournant la pointe
DII, DIII, aVF, V7, V8, V9	Sus-décalage du ST en V3R, V4R, VE, V1	Biventriculaire	CD proximale + 1ère et 2ème septale de l'IVA

- Dlr thoracique+ECG evocateur=**reperfusion**
- **Aucun examen complementaire ne doit retarder la prise en charge**

- **TROPONINES**:ne doit pas retarder la reperfusion
- **ECHOCARDIOGRAPHIE**: si doute dgc ou suspicion de cpc en urgence,sinon realisée systematiquement apres la phase aigue

PRISE EN CHARGE

A la phase aigue:

- Hospitalisation ,mise en condition
- Morphine,O2 si besoin
- **Trt AAP**: aspirine+clopidogrel(dose de charge)
- **TAC**: HNF/HBPM
- **Reperfusion +++:**

Indication:dlr+ST persistant /BBG recent<12H(>12H si persistance de la dlr,IC ou etat de choc mais par ATL)

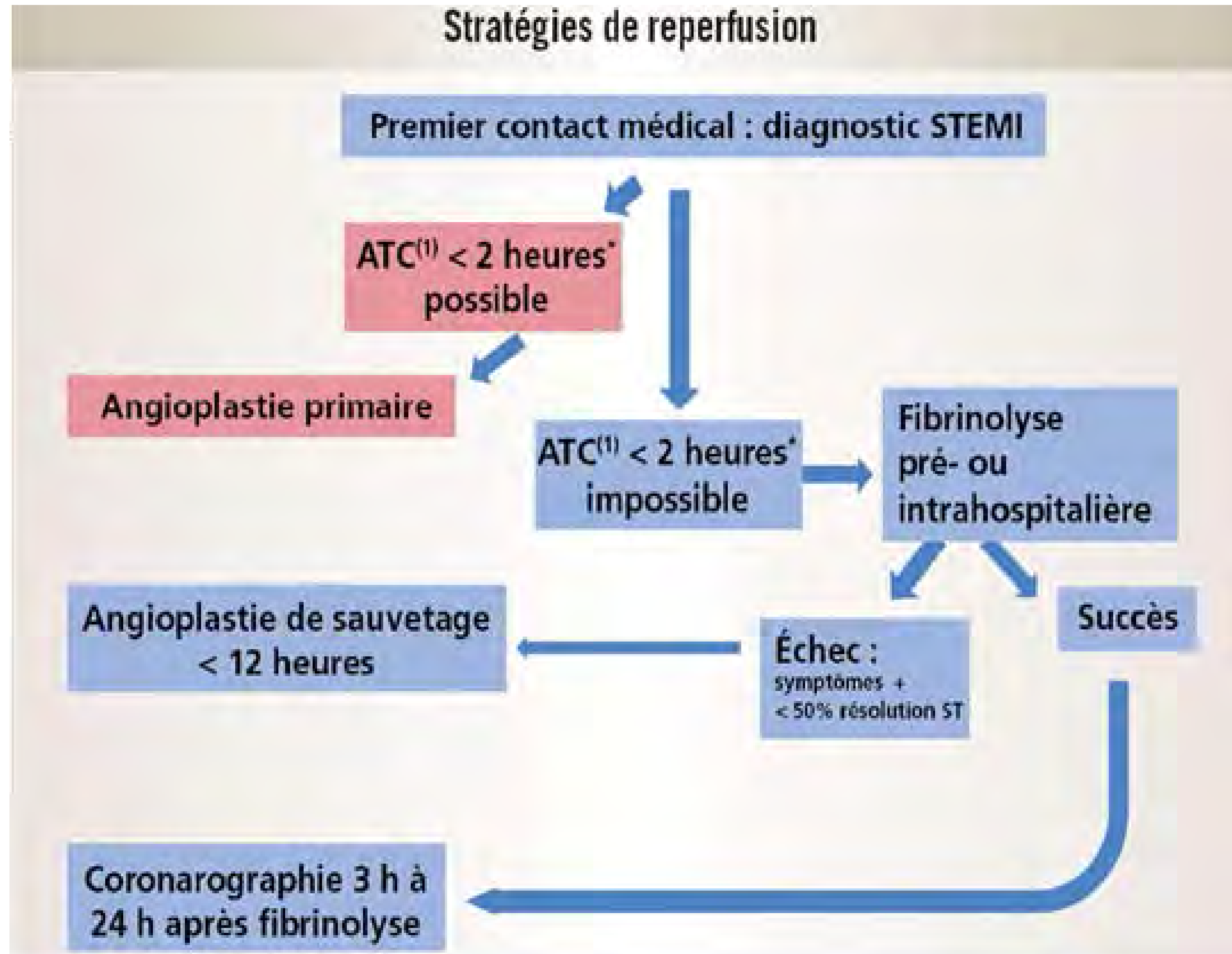
Modalités;

- **ATL primaire**: si realisée ds les 120 mn
- **TBZ** : si ATL ne peut etre effectuee ds les 120mn

doit etre faite ds 30mn,respect des CI,

criteres de reperfusion: disparition dlr,regression ST,RIVA,pic precoce tropo

coro indiquée apres TBZ si : echec,succes entre3et 24H,persistance de la dlr,IC,etat de choc


Stratégies de reperfusion
Premier contact médical : diagnostic STEMI
ATC(1) < 2 heures* possible
Angioplastie primaire
ATC(1) < 2 heures* impossible
Fibrinolyse pré- ou intrahospitalière
Angioplastie de sauvetage < 12 heures
Échec : symptômes + < 50% résolution ST
Succès
Coronarographie 3 h à 24 h après fibrinolyse

- Si malade recu hors delai(>12H),stable ,ss dlr ni choc ni IC→**strategie conservatrice**: pas de reperfusion (le malade va beneficier d une epreuve d ischémie a partir de J5)si ischemie→coro en vue d une eventuelle revascularisation)

- **Apres la phase aigue:durant l'hospitalisation**
- Trt AAP; aspirine 100mg/J a vie,clopidogrel pdt 1 annee
- B-Bloquant
- IEC/ARAII
- Statine
- DAI si FE≤35%
- Contrôle des FDR